

Nombre: _____

Plan Individualizado para Empleo (IPE) – Meta de Empleo

Original Corregido o enmendado

Meta de empleo: Estipule el trabajo que quiere tener al fin de su plan.

Comentarios/Responsabilidades : _____

Espero tener trabajo antes de : _____

Horas de trabajo semanales: ¿Cuántas horas espera trabajar cada semana?

14 o menos

15 a 19

20 a 31

32 o más

Empleo apoyado

Colocación individual

Colocación de transición

Empleo

Ayuda continua: Marque cada tipo de ayuda continua que va a necesitar para desempeñar bien el trabajo.

- Una reunión conmigo en el sitio de trabajo por lo menos dos veces por mes para descubrir como progreso en el trabajo y qué ayuda necesito. O
- Una reunión conmigo fuera de mi sitio de trabajo por lo menos dos veces por mes para descubrir como progreso en el trabajo y qué ayuda necesito.
- Hablando con mi jefe y mis colegas donde trabajo sobre esfuerzos para ayudarme a desempeñar bien el trabajo.
- Ofreciéndome capacitación donde trabajo en las habilidades que necesito para desempeñar bien el trabajo.
- Ofreciéndome capacitación donde trabajo para llevarme bien con la gente.
- Obtener ayuda continua para desempeñar bien el trabajo.
- Otra ayuda que voy a necesitar para desempeñar bien el trabajo. (Describala.) _____

Proveedor: Marque quién va a darle o pagarle la ayuda continua que necesita.

- Coordinación de servicios de DD (Discapacidad del Desarrollo, DD por sus siglas en inglés)
- Programa de salud mental comunitario
- Proveedor de servicios de DD
- "Clubhouse" de salud mental
- Grupo de Defensa/Apoyo _____
- Colega laboral
- Empleador
- Trabajador comunitario de apoyo
- Miembro familiar _____
- Otro _____

Acuerdo y Aprobación: Mi plan estará vigente cuando la oficina de Nebraska VR le dé su aprobación. Estoy de acuerdo que la meta de empleo cumple con mis fuerzas, prioridades, inquietudes, habilidades, capacidades, intereses para mi carrera, recursos, y elecciones informadas. He recibido una copia de los términos del IPE (Información importante para usted). Estoy de acuerdo con los términos. Estoy de acuerdo con la meta de empleo, los servicios, las fuentes de pago, y los marcos cronológicos descritos.

Entiendo que al firmar este Plan individualizado para una meta de empleo la Administración de Seguro Social considerará que estoy "usando mi Entrada". Mientras se considera que mi Entrada está "en uso", no se iniciará ninguna revisión de discapacidad continua (CDR) con tal que haga progreso suficiente hacia mi meta.

Su firma Fecha

Contacto en la oficina de Nebraska VR

Padre, Guardián, o Representante Fecha

_____ Aprobación de la oficina de Nebraska VR	_____ Fecha
--	----------------